·特稿·

中国全科医生培养和使用发展报告（2022）

万晓文[1]，曾程[1]，李宗友[2]，厉将斌[2]，武宁[2*]，盛文彬[1]，黄蓉[1]，陈双慧[1]，常鸿飞[3]

1.330004 江西省南昌市，江西中医药大学经济与管理学院
2.100600 北京市，国家中医药管理局监测统计中心
3.100600 北京市，北京化工大学宏德书院
*通信作者：武宁，研究员；E-mail：18500059621@163.com

【摘要】 党的二十大报告指出，要“发展壮大医疗卫生队伍，把工作重点放在农村和社区”，全科医生是居民健康和医疗费用的“守门人”，在基本医疗卫生服务中发挥着重要作用，培养“下得去、留得住、用得好”的应用型、复合型新时代全科医生人才，将是推进健康中国建设的重要一步。本报告在《中国全科医生培养发展报告（2018）》的基础上，将2018年至今我国全科医生的队伍建设、培养教育、使用激励机制改革等情况进行了较系统的梳理，并提出了我国全科医生的未来展望，希望可以为我国全科医学的进一步研究提供资料。

【关键词】 全科医生；教育；使用；现状；研究报告
【中图分类号】 R 192.3 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0856

Training and Utilization Development Report of General Practitioners in China（2022）

WAN Xiaowen[1]，*ZENG Cheng*[1]，*LI Zongyou*[2]，*LI Jiangbin*[2]，*WU Ning*[2*]，*SHENG Wenbin*[1]，*HUANG Rong*[1]，*CHEN Shuanghui*[1]，*CHANG Hongfei*[3]
1.School of Economics and Management，Jiangxi University of Chinese Medicine，Jiangxi 330004，China
2.Monitoring and Statistical Research Center，National Administration of Traditional Chinese Medicine，Beijing 100600，China
3.Hongde Academy of Beijing University of Chemical Technology，Beijing 100600，China
**Corresponding author：WU Ning，Researcher fellow；E-mail：18500059621@163.com*

【Abstract】 The report of the 20th CPC National Congress pointed out that it is necessary to “develop and strengthen the medical and health care workforce，focusing efforts on rural areas and communities”. General practitioners（GPs） are the “gatekeepers” of residents' health and medical expenses，and play an important role in basic medical and health services. Training applied and complex new-age GPs who can be deployed，retained and utilized is an important step in promoting the construction of a healthy China. On the basis of *Training Development Report of GPs*（*2018*），this report systematically reviews the team construction，training and education，reform of utilization and incentive mechanism of GPs in China from 2018 to the present，and puts forward the future outlook of GPs in China in the hope that it can provide information for further research on general practice in China.

【Key words】 General practitioners；Education；Utilization；Present situation；Research report

全科医生是综合程度较高的复合型医学人才，主要在基层承担预防保健、常见病多发病诊疗与转诊、患者康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务，被称为居民健康的“守门人”[1]。《“健康中国2030”规划纲要》[2]中提出“以人民健康为中心，坚持以基层为重点”是实现“共建共享、全民健康”的战略核心。党的二十大报告也指出“加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力；发展壮大医疗卫生队伍，把工作重点放在农村和社区；重视心理健康和精神卫生”。相较于专科医生将“治病”作为工作重心，全科医生在以人

引用本文：万晓文，曾程，李宗友，等.中国全科医生培养和使用发展报告（2022）［J］.中国全科医学，2024.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0856.［www.chinagp.net］
WAN X W，ZENG C，LI Z Y，et al. Training and utilization development report of general practitioners in China（2022）［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

为本的原则下，以“健康管理”为核心，致力于在柔性的医患关系基础上，关注慢性病患者和易感人群，注重疾病风险因素对群体的影响，能够为患者提供全方位的健康咨询和管理服务[3]，与健康中国的建设目标相一致。国外实践经验[4-6]亦表明，拥有完善的基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式，建立以全科医生为核心的医疗团队，提供预防为主、防治结合的医疗卫生服务，对于提高医疗卫生体系内医疗资源的使用效率有着非常重要的作用。

既往全科医生研究主要聚焦于全科医生服务模式、全科医生制度国际经验借鉴、全科医生岗位吸引力、全科医生绩效评价、全科医生服务效果等方面。李红艳等[7]研究发现，截至 2017 年底，我国对于全科医生人才培养与队伍建设的研究较少。通过在中国知网以“全科医生培养”为关键词进行检索发现，截至 2023 年 11 月，我国共发表了 1 231 篇全科医生培养的相关文献，其中有超过半数文献在 2018 年后发表，究其原因，2018 年《国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》的发布为全科医生培养与使用激励机制的研究提供了重要契机。为贯彻党的二十大精神和习近平总书记重要讲话精神，推进健康中国建设，完善全科医生培养模式，健全人才管理机制，本研究组延续《全科医生培养发展报告（2018）》，编写了《中国全科医生培养和使用发展报告（2022）》，将 2018 年以来全科医生的培养与发展情况进行了系统梳理，以推动社会各界支持全科医学发展，加快壮大全科医生队伍，为深化医改、建设健康中国提供有力的人才支撑。

本报告共分四部分：第一部分是全科医生队伍建设现状，主要通过 2018—2023 年《卫生健康统计年鉴》[8-13]中的相关数据，对我国全科医生队伍的数量、分布等情况进行描述性分析；第二部分是全科医生培养与使用的政策进展梳理，通过对 2018 年以来国家层面颁布的全科医生相关政策文件进行整理，总结出近年来国家对全科医生的未来发展期望；第三部分是通过查阅专题报告等资料，总结全科医生的培养与使用激励机制的发展现状；第四部分是全科医生发展展望，主要介绍未来我国全科医生培养与使用激励等方面的重点及改革发展目标。

1 我国全科医生队伍建设现状

1.1 全科医生队伍数量

2022 年《卫生健康统计年鉴》中，全科医生数量指注册为全科医学专业和注册为乡村全科执业（助理）医师的人数之和，取得全科医生培训证的执业（助理）医师数量不再纳入全科医生数量统计中。因此，本研究中“全科医生数量”统一以“注册为全科医学专业和注册为乡村全科执业（助理）医师”为研究口径，数据来自 2018—2023 年《卫生健康统计年鉴》。截至 2022 年底，我国共有全科医生 46.3 万人，占我国卫生人员总数的 3.2%，占执业（助理）医师总数的 10.4%，分别较 2018 年提升了 6.0%、1.9%。其中，注册为全科医学专业的人数为 36.7 万人，注册为乡村全科执业（助理）医师的 9.6 万人，平均每万人口拥有 3.28 名全科医生。2018—2022 年，我国全科医生的数量增长了 30.6 万人，提升了 1.9 倍，其中基层全科医生数量增长了 15.9 万人，提升了 1.3 倍；综合医院全科医生增长了 5.1 万人，提升了 2.4 倍：每万人口拥有的全科医生由 0.22 人增加至 3.28 人，增长了 47.7%（表 1）。

1.2 全科医生队伍分布

1.2.1 机构分布：全科医生主要分布于医院、社区卫生服务机构和乡镇卫生院。2022 年，医院的全科医生数量为 7.2 万人，占全科医生总数的 15.6%，平均每家医院拥有全科医生 1.9 人；社区卫生服务机构的全科医生数量为 10.6 万人，占全科医生总数的 22.9%，平均每家社区卫生服务中心 / 站拥有全科医生 2.9 人；乡镇卫生院的全科医生数为 17.4 万人，占全科医生总数的 37.6%，平均每家乡镇卫生院拥有全科医生 5.1 人。2018—2022 年，我国基层全科医生人数年平均增长速度为 23.3%，低于医院的 36.1%（表 2）。

1.2.2 地域分布：从区域分布来看，2022 年，我国东

表 1 2018—2022 年我国全科医生人数及每万人口全科医生配置

Table 1 Number of GPs and GPs allocation per 10 000 population in China（2018-2022）

年份	总合计		基层全科医生		综合医院全科医生		每万人口全科医生	
	合计（万人）	较上年增长(%)	合计（万人）	较上年增长(%)	合计(万人)	较上年增长(%)	合计（人）	较上年增长(%)
2018 年	15.7	63.5	12.1	45.8	2.1	90.9	2.22	22.0
2019 年	21.7	38.2	15.8	30.6	2.7	28.6	2.61	17.6
2020 年	25.6	18.0	18.9	19.6	3.6	33.3	2.90	11.1
2021 年	43.5	69.9	28.4	50.3	5.4	50.0	3.08	6.2
2022 年	46.3	6.4	28.0	-1.4	7.2	33.3	3.28	6.5
年增长率	31.0	—	23.3	—	36.1	—	10.3	—

注：“—”表示无此数据。

表 2 2022 年我国全科医生机构分布情况
Table 2 Distribution of GP in institutions in China in 2022

机构	全科医生数（万人）	占全科医生总量比重（%）	占执业（助理）医师比重（%）	每家机构拥有的全科医生数（人）
医院	7.2	15.6	1.6	1.9
社区卫生服务机构	10.6	22.9	2.4	2.9
乡镇卫生院	17.4	37.6	3.9	5.1

部地区拥有全科医生 23.5 万人、每万人口全科医生数为 4.16 人，均高于中部地区的 12.5 万人、3.42 人和西部地区的 10.3 万人、2.69 人。从各省市分布来看，2022 年江苏省、上海市、湖南省的每万人口全科医生数较高，分别为 5.38 人、4.53 人、4.02 人，江西省、西藏自治区、新疆维吾尔自治区的每万人口全科医生数较低，分别为 1.67 人、1.43 人、1.42 人（表 3）。

2 全科医生培养与使用政策回顾

2011 年，国务院下发《关于建立全科医生制度的指导意见》，标志着全科医生制度开始以国家制度的形式在我国正式实施，自此，有关全科医生培养与激励的支撑文件发文数量持续上升。2011—2023 年间，我国共发布了 19 部全科医生相关文件，半数以上由国务院及国务院办公厅发布。对比 2018 年前后发文频率发现，2018 年后国家每年均有颁布全科医生的相关文件，并提出了全科医生培养与发展的相关要求，表明国家十分注重全科医生队伍的连续性建设与发展（表 4）；对比 2018 年前后国家层面颁布的全科医生相关政策内容发现，2018 年以前针对全科医生培养与人力资源管理的重点在于拓宽培养渠道、改革全科医生执业方式、建立全科医生的激励机制等指引性的宏观表述；而 2018 年后，培养方面的关注点主要聚焦于对贫困、偏远地区的全科医生队伍建设，加强全科医学思维教育，以及医教协同背景下全科医学生院校教育、毕业后教育、继续教育如何高效衔接等问题，人力资源管理方面重点聚焦于提高薪酬水平、简化招聘引进、调整编制分配、优化职称评审等提高全科医生岗位吸引力的问题。

近年来，全科医生政策中提出的要求更加具体、细化，关注点更加贴近现实需求，培养与人才管理发展有了更加明晰的方向。2018 年，《国务院办公厅发布关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》[14]（以下简称《意见》）提出了“医教协同深化院校全科医学教育改革、建立健全毕业后全科医学教育制度、巩固完善全科继续医学教育、加快壮大贫困地区全科医生队伍”的培养任务，以及“改革完善全科医生薪酬制度，完善绩效工资分配，提升基层医疗卫生机构全科医生工资水平。政府办基层医疗卫生机构在核定的编制内保证全科医生的配备，简化招聘程序”等激励机制；2019

表 3 2022 年我国 31 个省（自治区、直辖市）全科医生、每万人口全科医生数
Table 3 Number of GPs and GPs per 10 000 population in 31 provinces（autonomous regions and municipalities） of China in 2022

地区	全科医生数（万人）	每万人口全科医生数（人）
北京市	0.8	3.70
天津市	0.5	3.53
河北省	2.7	3.62
山西省	0.8	2.21
内蒙古自治区	0.7	2.77
辽宁省	1.4	3.26
吉林省	0.7	2.93
黑龙江省	1.0	3.31
上海市	1.1	4.53
江苏省	4.6	5.38
浙江省	2.6	3.99
安徽省	2.2	3.51
福建省	1.4	3.38
江西省	0.8	1.67
山东省	3.6	3.51
河南省	3.0	3.06
湖北省	1.4	2.37
湖南省	2.7	4.02
广东省	4.6	3.62
广西壮族自治区	1.6	3.09
海南省	0.3	2.98
重庆市	1.0	3.05
四川省	2.5	2.97
贵州省	0.9	2.27
云南省	1.1	2.43
西藏自治区	0.1	1.43
陕西省	1.5	3.73
甘肃省	0.5	1.83
青海省	0.1	2.03
宁夏回族自治区	0.1	1.84
新疆维吾尔自治区	0.4	1.42

年，《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强贫困地区卫生健康人才队伍建设的通知》[15]中提出“完善全科医生继续教育制度，大力发展远程继续教育，实现全科医生继续医学教育全覆盖”；2020 年，《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》[16]中提出“加大全科医学人才培养力度”的要求；同年，国务院办公厅印发的《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2020 年下半年重点工作任务》中提出“强化对包括全科医生在内的临床医生的流行病等公共卫生知识培训”的任务[17]；2021 年，《国家卫生健康委、人力资源和社会保障部、财政部关于建立保护关心爱护医务人员长效机制的指导意见》[18]中明确了“有条件的地



表 4　2011—2023 年我国全科医生相关政策文件

Table 4　Policy documents related to GPs in China, 2011-2023

序号	政策文件	发文机构	发布时间
1	《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》	国务院	2011 年
2	《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》	国家卫生计生委等 7 部门	2013 年
3	《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》	国务院办公厅	2015 年
4	《关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的指导意见》	人力资源和社会保障部	2015 年
5	《“十三五”卫生与健康规划》	国务院	2016 年
6	《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》	国务院医改办等 7 部门	2016 年
7	《深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务》	国务院办公厅	2016 年
8	《国务院办公厅关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》	国务院办公厅	2017 年
9	《国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》	国务院	2018 年
10	《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强贫困地区卫生健康人才队伍建设的通知》	国家卫生健康委办公厅	2019 年
11	《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》	国务院办公厅	2020 年
12	《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2020 年下半年重点工作任务的通知》	国务院办公厅	2020 年
13	《关于建立保护关心爱护医务人员长效机制的指导意见》	国家卫生健康委等 3 部门	2021 年
14	《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务的通知》	国务院办公厅	2021 年
15	《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》	国务院办公厅	2021 年
16	《“十四五”卫生健康人才发展规划》	国务院	2022 年
17	《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务的通知》	国务院办公厅	2022 年
18	《关于印发深化医药卫生体制改革 2023 年下半年重点工作任务的通知》	国家卫生健康委等 6 部门	2023 年
19	《国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》	国务院办公厅	2023 年

方可根据家庭医生签约服务进展情况，在绩效工资内部分配时设立全科医生津贴项目”的激励手段；同年，《国务院办公厅关于深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》[19]提出“加强全科医生等紧缺人才培养”的工作任务；2021 年，《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》[20]中提出构建公立医院高质量发展体系，应“推进以全科医生为主体、全科专科有效联动、医防有机融合的家庭医生签约服务”；2022 年，《“十四五”卫生健康人才发展规划》[21]（以下简称《规划》）中提出“提高基层卫生人员收入水平，乡镇卫生院、社区卫生服务中心全科医生工资水平与当地县区级公立综合医院同等条件临床医师工资水平相衔接”的激励机制；同年，国务院办公厅印发的《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务》[22]中提出“年内通过农村订单定向免费医学生培养等多种途径培养培训全科医生 3.5 万人”的目标；2023 年，《关于印发深化医药卫生体制改革 2023 年下半年重点工作任务的通知》[23]中提出“加强以全科医生为重点的基层队伍建设，壮大全科医生队伍”的培养目标，以及“落实对按规定进行培训并考核合格的全科医生注册或加注全科医生执业范围。保障全科医生薪酬待遇。优化基层医疗卫生机构专业技术岗位结构，岗位设置重点向全科医生倾斜。开展县乡村卫生人才能力提升培训项目。指导地方做好乡村医生参加基本养老保险工作”等倾斜机制；同年，《国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》[24]中提出“对基层医疗卫生机构的全科医生，按规定给予相应的津贴和保障”的激励措施。

3　我国全科医生发展现状

3.1　培养体系不断完善

3.1.1　院校教育：（1）全科医学教育教学机构数量逐步增加。根据教育部人文素养和全科医学教学指导委员会 2020 年发布的《全国高校全科医学教育教学调查报告》[25]（以下简称《报告》）结果显示，在 175 所接受调查的高校中，共有 45 所（25.7%）设置了校级全科医学教育教学机构；共有 107 所（61.1%）高校建立了全科医学教研室；共有 108 所（61.7%）高校拥有本科生基层教学实践基地 452 个。全科研究生培养点数量不断增加，截至 2017 年全国共有 109 所医学院校具有全科医学专业硕士学位授予点[26]，6 所院校设置全科医学博士生培养点。（2）全科医学课程设置不断完善。《报告》中提到，在 175 所高校中有 121 所（69.1%）高校在本科课程中开设了全科医学的相关必修课，其中必修课均设有理论课，约 28.2% 的必修课有课间实习，28.9% 的必修课采用了形成性评价；175 所高校中有 63 所（36.0%）高校开设了全科医学相关选修课，其中 50% 以上的高校把选修课安排在大学二年级，75.4% 的选修课同时面向临床医学和非临床医学专业开设。选修课都有理论课，19.0% 的选修课开展了形成性评价。（3）

全科医学生毕业实习形式愈加丰富。全科医学的本科毕业实习主要有基层医疗卫生服务实习和医院全科医学科实习两种形式。《报告》中提到，共有 68 所（38.9%）高校开设了全科医学基层医疗卫生服务毕业实习；52 所高校的全科毕业实习采用床旁教学法和讲授法进行教学，其余 15 所高校还采用了问题驱动教学法（PBL）、案例教学法（CBL）、翻转课堂、三明治教学法等丰富教学形式。《报告》中提到，共有 22 所（12.8%）高校开设了大医院全科医学科毕业实习，平均大医院实习时间为（45.9±14.2）d。

3.1.2　毕业后教育：培训基地建设逐步完善。一方面，培训基地数量不断增加。2007—2008 年，原卫生部组织了全科医学科专科医师培训基地申报，全国共有 34 家基地（包括临床基地和社区基地）通过了评审。2014 年 9 月、2017 年 4 月原国家卫生计生委分两批遴选国家级住院医师规范化培训基地 760 家，其中具备全科医师住培基地资格的 450 家，遴选标准参照《住院医师规范化培训基地认定标准（试行）》进行。该认定标准对基地的规模、科室设置、师资力量、病种数等临床教学与基层实践基地的软硬件等均作了详细要求，基地均要求为三级甲等医院。另一方面，基地全科医学科陆续建立，2018 年，国家卫生健康委科教司印发《住院医师规范化培训基地（综合医院）全科医学科设置指导标准（试行）的通知》[27]，要求承担住院医师规范化培训基地任务的综合医院要加强全科专业基地建设，增加全科医疗诊疗科目，独立设置全科医学科。刘颖等[28]学者于 2018 年选取 41 家综合医院全科医学科负责人进行问卷调查研究，发现我国大多数综合医院独立设置了全科医学科，开设了独立的全科门诊与全科病房，并拥有固定的社区实践基地。同时，师资培养亦逐步完善。2012 年原卫生部、教育部、财政部等联合印发《全科医学师资培训实施意见（试行）》[29]指出，以全科医生培养需求为导向，通过提高全科医学师资培训能力和水平，保证全科医生培养质量，为全科医学师资培训明确了目标，并建议临床师资应具有本科及以上学历、主治医师及以上专业技术职称，具有较丰富的临床医疗和临床教学经验，以及较强的全科医学理念和全科医疗临床思维能力，热爱全科医生培养工作，熟悉城乡基层医疗卫生工作；基层实践师资应具有大学专科及以上学历、中级及以上专业技术职称，基层临床医疗和相关公共卫生服务经验丰富。此要求与国际上普遍通行的全科医师师资标准相仿，主要考察师资的临床能力、带教能力和带教热情，但未将职称作为硬性要求。

3.1.3　继续医学教育：继续医学教育是全科医生更新知识、提高岗位胜任力和带教能力的重要途径[30-31]。2011 年 7 月，国务院颁布《关于建立全科医生制度的指导意见》[1]中提到“全科医生的继续教育应以现代医学技术发展中的新知识和新技术为指引，增强培训内容的实用性、针对性”；2018 年 1 月，《意见》[14]中提出“大力发展远程继续教育”的要求；2020 年 9 月，国务院办公厅印发《关于加快医学教育创新发展的指导意见》[16]中提出“要加快培养全科医学人才、深化继续医学教育改革”。我国现有继续医学教育主要有传统面授教育、网络课程教育、教学活动类教育、自学讲义学习四大形式[31]。2023 年，由我国全科医学领域带头人策划并参与授课的国家级农村订单定向医生的能力提升培训班成功举办，为提高基层医疗服务水平发挥了重要推动作用。尽管传统面授方法十分高效，但随着信息技术的进步，网络在线继续教育模式凭借便利便捷、可以选择性重播、不断重复学习等优势，开展热度不断上升。北京市为全科医生继续教育开发了“百日练兵”线上教育平台 APP，并且在对 5 033 名学员使用情况的分析结果中发现，线上教育模式可以作为全科医生继续医学教育的有效手段[32]。

3.2　全科医生激励机制逐步完善

（1）鼓励全科医生双向流动：在流动配置方面，我国出台的政策内容多鼓励以多种形式促进全科医生的双向流动，以医联体建设、综合性医院全科专业建设等措施为依托，建立基层医疗卫生机构与上级医院之间的人才技术合作交流机制，促进全科医生在基层医疗机构与二、三级医院的双向流动，强化全科医生执业管理，逐步提升全科医生执业能力，推动分级诊疗模式；同时，以满足需求为导向，探索建立县（区）域人才统筹调配和柔性流动机制，统筹区域内人员编制总数，实行全员人事代理和聘用，根据工作需要统一调配，促进卫生人力资源均等化配置。

（2）简化全科医生招聘流程：对本科及以上学历医学毕业生或经住院医师规范化培训合格的全科医生优先安排，简化招聘程序，可以采取面试、组织考察等方式公开招聘。对经住院医师规范化培训合格到农村基层执业的全科医生，可实行“县管乡用”，对经助理全科医生培训合格到村卫生室工作的助理全科医生，可实行“乡管村用”。

（3）职称评审向基层倾斜：增加基层医疗卫生机构的中高级专业技术岗位比例，在乡镇卫生院、社区卫生服务机构工作的医师、护师，可提前一年参加相应专业的中级卫生专业技术资格考试。本科及以上学历毕业、经全科专业住院医师规范化培训合格并到基层医疗卫生机构工作的，可直接参加中级职称考试，考试通过的直接聘任中级职称。此外，职称晋升政策应向贫困地区进一步倾斜，鼓励城市综合医院全科医生到基层服务，城市医院医生在晋升主治医师或副主任医师职称前到基层



累计服务 1 年。其次，针对援外、援藏、援疆、援青等在重大突发公共卫生事件处置中表现优秀的卫生专业技术人员，同等条件下优先评聘。最后，针对评价方式，各地可单独设立基层职称评审委员会或评审组，对艰苦边远地区和基层一线卫生专业技术人员实行“定向评价、定向使用”，取得的职称限定在艰苦边远地区或基层有效。

（4）注重实践的评审评价标准基本建立：遵循卫生专业技术人员成长规律和基层卫生工作实际，健全评审体系、优化评审条件、完善评审标准、建立长效机制，对乡镇卫生院、社区卫生服务机构卫生专业技术人员职称评聘不再将论文、职称外语等作为申报的必备条件。对长期在基层服务、业绩突出、表现优秀的卫生专业技术人员，可适当放宽学历要求，同等条件下优先评聘。并对具有基层工作经历的高等医学毕业生，在研究生招录时同等条件下优先录用。根据对 2019 年 288 个样本县的监测调查，分别有 92.0%、85.8% 的样本县已落实取消外语和计算机的相关要求，比 2015 年（61.7%、52.4%）分别增加 30.3 个百分点和 33.4 个百分点。评价指标从过度依赖科研、论文、学历，转为以突出能力业绩为导向，更加注重实践的基层医疗卫生人才评价标准基本建立。根据对样本地区的监测评估调查，“十三五”期间基层医疗卫生机构高级职称评审通过率逐步提高，到 2019 年，高级职称评审通过率为 75.3%，县级医院、乡镇卫生院高级职称评审通过率分别较 2015 年增加 7.7 个百分点、5.4 个百分点（表 5）。

表 5 基层医疗卫生机构高级职称评审通过率（%）

Table 5 Accreditation pass rate for senior titles in primary health care institutions

机构类型	2015 年	2019 年
基层医疗卫生机构	74.4	75.3
县级医院	71.4	79.1
社区卫生服务机构	74.6	74.7
乡镇 / 街道卫生院	72.2	77.6

4 我国全科医生发展展望

2017 年以来，注册为全科医学专业的人数迅速增长，并且在 2018 年每万人口拥有全科医生数量达到 2.2 人，提前实现了《意见》中“到 2020 年底每万人口拥有全科医生 2~3 人”的阶段性目标，表明我国已建立了较为完善的全科医生培养体系及激励机制，对加强全科医生的队伍建设有着高度重视，但同时也应清醒地看到，我国的全科医生培养体系仍不健全，制约全科医生队伍建设的机制仍不完善，适应全科医生特点的激励机制尚未建立，仍缺乏必要的岗位吸引力（图 1）。为此，进一步加强组织领导，健全适应行业特点的全科医生培养制度，创新全科医生使用激励机制是深化医改、推进健康中国建设的关键一步。

4.1 健全适应行业特点的全科医生培养制度

（1）院校教育：我国全科医学引入较晚，在经过不断的探索和完善，现如今我国已基本形成了以“5+3”模式为主，“3+2”模式为辅的中国特色全科医生培养模式。就我国国情来看，全科医生的学历构成主要分为大专生、本科生和研究生。相对于“5+3”的本科医学生，“3+2”助理全科医生培养对象大多来源于大专医学生和乡村医生，学生的自觉性、专注力较差，使得培养效果差强人意。我国目前的全科培训大纲只对培训内容作了要求，对如何进行分层分级培训和考核，缺乏相应的

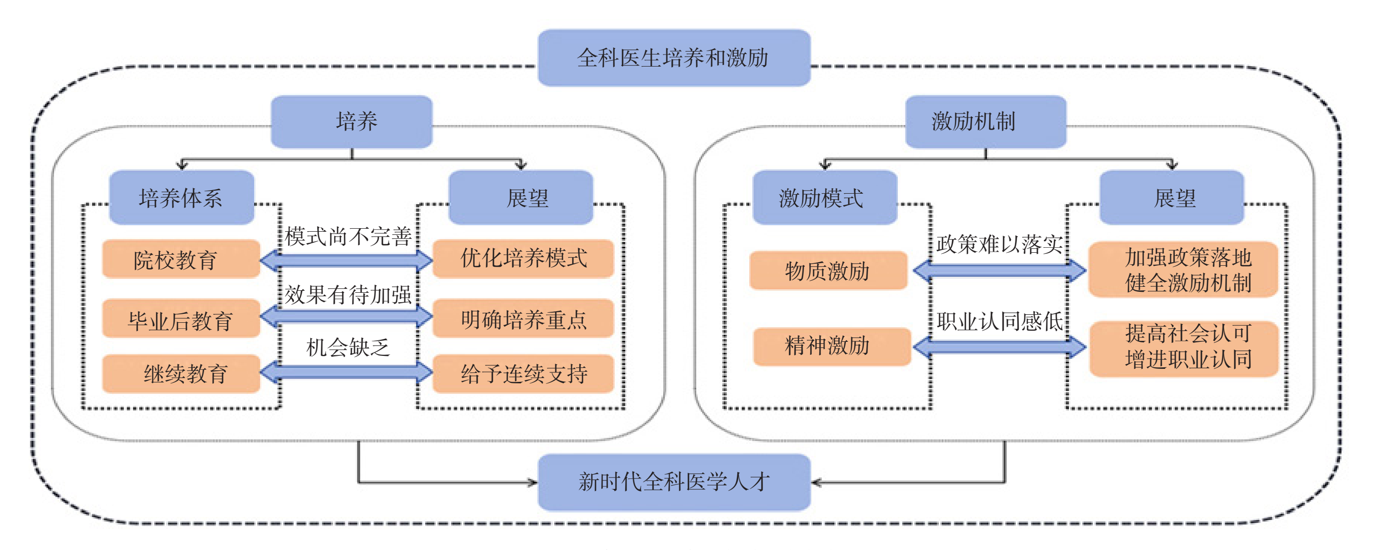


图 1 全科医生培养和激励机制框架图

Figure 1 Framework map for training and incentive mechanisms for GPs

规范。分层递进模式是近年来一种应用广泛的新型人才培养模式，其能够有效满足不同学生的个体差异，尊重不同学生的学习能力及理解能力，对促进人才培养具有积极作用[33]。随着现代经济社会的发展及医疗资源和环境的变化，医学教育逐步向个性化转变，对医学生的素质要求也越来越高[34]。医学人才的培养也应使用递进教育模式，不同学年的培训应各有侧重和提升，培训带教老师应针对不同培训主体，因地制宜，采用不同的培训方法，避免“一刀切”的培训模式，充分调动学员积极性。

（2）毕业后教育：张煜昊等[35]在对浙江省首批定向培养的全科医生访谈中发现，有近 80% 的受访者认为“轮转科室过多，没有针对性，无法深入学习”是导致全科医生在规培过程中不满意的主要原因之一。全科培训内容涉及面广且呈碎片化，无法保证培训的连续性和系统性，临床轮转过程中多以专科思维培养全科医生，学员虽然能够较好地掌握临床知识，但缺乏完整的全科思维，对常见病、多发病诊疗能力的掌握也不到位，难以让学员在短时间内掌握到相应的知识，导致学到的知识和技能与实际工作脱节[36]。全科医生培养内容应由全科医学基本理论知识和临床综合诊疗能力培训、基层医疗卫生实践、全科临床思维训练三部分组成。其中，全科医学基本理论知识和临床综合诊疗能力的内容应以临床实际需要为重点，围绕基层卫生工作需要，有选择地轮转临床科室，突出重点，重点学习常见病、多发病的诊治措施；基层医疗卫生实践中应树立以人为中心、家庭为单位、社区为基础的观念，培养为个体与群体提供连续性、综合性、协调性、人性化服务的能力，结合实际工作发现问题、解决问题、开展科研教学工作的能力，根据岗位职责，增加与分级诊疗、医防融合相关的内容；全科临床思维训练主要以病例讨论为主的方式进行，穿插于培训全过程，提高培训对象关于常见健康问题的临床诊疗和常见慢性病基层管理过程中的全科临床思维能力。饶昕[37]对 220 名医院培训对象的问卷调查发现，仅有 44 名学员（20.0%）认为师资熟悉全科带教模式。因此，为提高全科医生毕业后教育培养质量，明确培养重点内容，今后仍需继续加大基地建设与全科师资的培养力度，以匹配高质量的毕业后教育。

（3）继续医学教育：全科医学于 20 世纪 60 年代兴起，80 年代后期才引入我国，起步较晚，作为临床医学的二级学科，其学科建设尚处于初期阶段，缺乏完善的全科医学培养体系，这导致全科医学理念尚未充分得到医学院校、医务人员的广泛接受。2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》[2]提出，“以基层为重点”是建设健康中国的一项重要原则，而我国基层医疗卫生人才缺乏的重要原因之一就是全科医生职业认同感低。刘斌等[38]研究发现，继续教育是提高全科医生职业认同感的重要途径。但在前期对基层全科医生的调研中发现，73.0% 以上的受调查者反映工作后很少甚至没有机会参加继续教育。对此，未来应探索为基层全科医生建立网络协会或协会联盟以提供远程的科研指导与技术培训，促进国家与地方各级的信息共享，分享相关经验用以培训和援助偏远地区的全科医生，注重基层全科医生对前沿医疗资讯的了解及新兴医疗技术的学习，给予在岗全科医生继续教育上的连续支持，尤其是农村与偏远地区，应提高基层医疗卫生服务的水平，改变居民“大病小病都往医院跑”的就医理念，以增强全科医生职业认同感。

4.2 创新全科医生使用激励机制

物质激励与精神激励并重，是营造良好的文化氛围，最大化调动员工积极性的激励方式[39]。

（1）物质激励：现阶段全科医生的薪资福利水平与其实际的工作负担不匹配。2021 年，基层机构在职职工人均工资 9.1 万元，是社会平均工资的 0.9 倍，是医院的 59.0%；乡镇卫生院人均工资 8.3 万元，是城市社区的 70.0%，是县级医院的 79.0%[40]。基层全科医生待遇低，激励政策难以落实，难以吸引更多高素质人才从事全科医生工作。IKEGAMI[41]的研究显示，日本等国全科医生的收入早在 20 世纪 90 年代时已至少是专科医生的两倍，因此，很多大医院专科医生为了获得高收入，离开大医院去基层从事初级卫生保健工作。尽管国家在《规划》中提出“要让基层全科医生工资水平与当地县区级公立综合医院同等条件临床医师工资水平相衔接”的要求，但在前期实地调研中发现，部分地区基层全科医生的收入水平仍较低，政策难以落到实处。针对政策难以落实情况，可以借鉴澳大利亚全科医疗激励计划（PIP）的由全民医疗保险代表卫生部门实施监管的做法，探索设立第三方独立监管组织统筹和协调提升全科医生待遇水平[42]，从而落实激励政策，以提高全科医生的工作满意度及积极性，减少离职意愿。在我国，服务于基层全科医生不仅要提供基本医疗卫生服务，还需要承担较重的基本公共卫生服务，而这种不对等的付出与回报是影响全科医生满意度的一大原因，因此，建议未来允许基层医疗卫生机构在完成基本医疗服务和公共卫生任务目标后，经考核合格，将所需费用扣减后的结余用于激励全科医生或给予其基本公共卫生服务方面的相关津贴补助，建立符合我国基层全科医生服务现状的激励机制。

（2）精神激励：我国全科医生由于职业认同感低、社会认可度较差等问题，导致离职意愿普遍较高[43]。提高全科医生社会地位是加强精神激励的有效抓手。居民长期以来对全科医学的认识不够充分，基层首诊的就

医观念尚未形成，甚至对全科医生存在“全而不专”的认知偏见，致使患者在慢性病和常见病就诊时仍优先选择大医院[44]。长期的刻板印象导致了居民缺乏对全科医生的信任感，并且在医疗卫生体系中，同一机构的全科医生地位常低于专科医生。社会层面的低认可度会使得全科医生培养发展陷入“社会认可低—职业吸引不足—队伍建设缓慢—服务质量下降”的恶性循环中，也正是如此，医改十余年后医疗卫生服务资源配置的倒三角问题仍然存在。因此，一方面，在学科建设上，应大力推进全科与专科之间的专业化分工，使全科医学自身独特性得以更好的发展[45]。建议通过加大国家经费的支持，深化院校全科医学教育改革，增强院校教育、培训基地建设及全科师资培养的力度，推动建立学科评价体系，为国家培养新型全科医学人才提供更好的环境；另一方面，应拓宽全科医生的功能定位。近几年我国一直强调发挥医保的战略性购买功能，强调医保在三医联动中的杠杆作用。医保作为第三方支付机构，能够通过医保政策来引导医疗服务高效率提供，但医保基金管理机构人员较少且大多是非临床专业人员，对医疗服务购买的专业知识掌握有限，难以实现战略性购买的目标。英国的全科医生通过遵守英国国家医疗服务体系（NHS）的相关政策和规定来负责医疗服务的购买与费用管理，其优势在于：一是全科医生在一线工作，最了解患者以及可获取的服务；二是全科医生的临床经验使得能够对其他医生的服务提出挑战和疑问；三是临床医生和管理者的共生关系使得全科医生和管理者的工作效率明显超过各自独立工作[46]。在医疗卫生体制改革的大背景下，可尝试引入医疗保险政策，作为撬动全科医生职业吸引力提升的杠杆。

5 小结

尽管我国全科医生制度起步较晚，较其他发达国家的成熟做法相比有所不足，但在我国全科医学蓬勃发展的数十年来，一些地区在完善人才培养体系和创新人才使用激励机制方面进行了许多积极探索并取得了一定突破和成就。本报告在《中国全科医生培养发展报告（2018）》的基础上，植根过去，立足当今，着眼未来，将 2018 年至今我国全科医生的政策演进、队伍建设、培养教育、使用激励机制改革等情况进行了较系统的梳理，并提出了未来展望，希望能为推进健康中国建设、健全基层医疗卫生服务体系、进一步夯实全科医学人才提供基础。

作者贡献：万晓文、曾程进行文章的可行性分析、撰写论文；李宗友、厉将斌、武宁进行文章的构思与设计、论文修订；盛文彬、黄蓉、陈双慧、常鸿飞进行文献/资料收集；万晓文、曾程、武宁进行文献/资料整理；李宗友、厉将斌负责文章的质量控制及审校；武宁对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

万晓文：https://orcid.org/0009-0005-6275-4195

武宁：https://orcid.org/0009-0006-7800-6084

参考文献

[1] 国务院. 国务院关于建立全科医生制度的指导意见［A/OL］.（2011-07-01）［2023-11-06］. https://www.gov.cn/gongbao/content/2011/content_1907087.htm.

[2] 中华人民共和国中央人民政府. 中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》［A/OL］.（2016-10-25）［2023-12-27］. https://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm.

[3] 金琳雅，尹梅. 浅议“大健康”观：从疾病到健康［J］. 中国医学伦理学，2017，30（7）：908-910. DOI：10.12026/j.issn.1001-8565.2017.07.26.

[4] 杨顺心，黄菊，代涛. 英国全科医生制度发展经验与启示［J］. 中国社会医学杂志，2016，33（3）：261-264. DOI：10.3969/j.issn.1673-5625.2016.03.020.

[5] MAJEED A. Primary care in England：between a rock and a hard place［J］. J Ambul Care Manage，2013，36（2）：126-128. DOI：10.1097/JAC.0b013e3182887132.

[6] WENSING M，BAKER R，SZECSENYI J，et al. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe［J］. Health Policy，2004，68（3）：353-357. DOI：10.1016/j.healthpol.2003.10.010.

[7] 李红艳，皇甫慧慧. 基于知识图谱的全科医生研究可视化分析与展望［J］. 中国全科医学，2019，22（27）：3387-3394. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.348.

[8] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴-2018［M］. 北京：中国协和医科大学出版社，2018.

[9] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴-2019［M］. 北京：中国协和医科大学出版社，2019.

[10] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴-2020［M］. 北京：中国协和医科大学出版社，2020.

[11] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴-2021［M］. 北京：中国协和医科大学出版社，2021.

[12] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴-2022［M］. 北京：中国协和医科大学出版社，2022.

[13] 国家卫生健康委员会. 2023 中国卫生健康统计提要［M］. 北京：中国协和医科大学出版社，2023.

[14] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见［A/OL］.（2018-01-24）［2023-12-08］. https://www.gov.cn/zhengce/content/2018-01/24/content_5260073.htm.

[15] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于进一步加强贫困地区卫生健康人才队伍建设的通知［A/OL］.（2019-03-29）［2023-12-08］. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-10/08/content_5437001.htm.

[16] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见［A/OL］.（2020-09-23）［2023-12-08］. https://www.gov.cn/zhengce/content/2020-09/23/content_5546373.htm.

［17］国务院办公厅．国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2020年下半年重点工作任务的通知［A/OL］．（2020-07-23）［2023-12-27］．https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-07/23/content_5529417.htm.
［18］中华人民共和国中央人民政府．国家卫生健康委、人力资源和社会保障部、财政部关于建立保护关心爱护医务人员长效机制的指导意见［A/OL］．（2021-05-13）［2023-12-08］．http://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgknr/rcrs_4225/sydwrsgl/202105/t20210513_414602.html.
［19］国务院办公厅．国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务的通知［A/OL］．（2021-06-17）［2023-12-27］．https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/17/content_5618799.htm.
［20］国务院办公厅．国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见［A/OL］．（2021-06-04）［2023-12-27］．https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/04/content_5615473.htm.
［21］国家卫生健康委．国家卫生健康委关于印发"十四五"卫生健康人才发展规划的通知［A/OL］．（2022-08-03）［2023-12-08］．https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-08/18/content_5705867.htm.
［22］国务院办公厅．国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务的通知［A/OL］．（2022-05-25）［2023-12-27］．https://www.gov.cn/zhengce/content/2022-05/25/content_5692209.htm.
［23］中华人民共和国中央人民政府．关于印发深化医药卫生体制改革2023年下半年重点工作任务的通知［A/OL］．（2023-07-21）［2023-12-08］．https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202307/content_6894073.htm.
［24］国务院办公厅．国务院办公厅关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见［A/OL］．（2023-12-26）［2023-12-27］．https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202312/content_6922484.htm.
［25］教育部人文素养和全科医学教学指导委员会．全国高校全科医学教育教学调查报告［R］．2020.
［26］段丽萍，崔爽，迟春花，等．高层次全科医学人才培养体系的构建与实践［J］．中华医学教育杂志，2018，38（1）：32-35. DOI：10.3760/cma.j.issn.1673-677X.2018.01.007.
［27］国家卫生健康委．关于印发住院医师规范化培训基地（综合医院）全科医学科设置指导标准（试行）的通知［A/OL］．（2018-09-03）［2023-12-08］．http://www.nhc.gov.cn/qjjys/s3593/201809/951a65647c41459b858ccf1c26fc1acb.shtml.
［28］刘颖，蒋国平，任菁菁．我国全科医生培养现状与发展策略［J］．中国工程科学，2019，21（2）：74-78. DOI：10.15302/J-SSCAE-2019.02.005.
［29］全科医学师资培训实施意见（试行）［J］．全科医学临床与教育，2013，11（2）：121-122. DOI：10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2013.02.001
［30］金会生．卫生技术人才队伍建设中的继续教育工作［J］．中国医药指南，2015，13（24）：293-294. DOI：10.15912/j.cnki.gocm.2015.24.228.
［31］季燕，严春泽，孙艳格，等．全科医生继续医学教育开展形式及应用［J］．中国全科医学，2021，24（1）：88-91. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.715.
［32］张磊，张芮英，马力，等．基于手机APP的全科医生移动学习模式的实证研究：以北京市全科医生"百日练兵"APP平台为例［J］．中国全科医学，2019，22（19）：2374-2379. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.377.
［33］余秋燕，苏玉娟，许月萍，等．运用"2+1+X"递进模式对中医护理技术进行同质化管理的效果［J］．护理与康复，2022，21（4）：50-52.
［34］时红波，缪兴忠，时红林，等．医学研究生科研综合素质与能力的培养［J］．继续医学教育，2023，37（8）：141-144. DOI：10.3969/j.issn.1004-6763.2023.08.036.
［35］张煜昊，马梦叶，倪杭丹，等．基层全科医生职业发展情况调查——以浙江省首批定向培养全科医生为例［J］．中国高等医学教育，2020（2）：27-28. DOI：10.3969/j.issn.1002-1701.2020.02.014.
［36］吴瑕，钟健湖，刘建新，等．基于规培毕业生视角的全科医师规范化培训效果研究［J］．中国社会医学杂志，2022，39（5）：526-530. DOI：10.3969/j.issn.1673-5625.2022.05.010.
［37］饶昕．四川大学华西医院全科医师培养现状及探索［J］．华西医学，2012，27（11）：1717-1720.
［38］刘斌，朱润秀，李自如，等．全科医师神经内科规范化培训现况调查［J］．中国继续医学教育，2023，15（16）：127-131. DOI：10.3969/j.issn.1674-9308.2023.16.027.
［39］秦姣姣，宋宏．"双碳"目标下物流企业绿色文化层次结构分析［J］．商业经济研究，2023（22）：168-171.
［40］清华大学万科公共卫生与健康学院．农村订单定向医学人才免费培养项目调研报告［R］．2022.
［41］IKEGAMI N. Japanese health care：low cost through regulated fees［J］. Health Aff（Millwood），1991，10（3）：87-109. DOI：10.1377/hlthaff.10.3.87.
［42］Services Australian. Types of payments［EB/OL］.［2022-06-12］. https://www.servicesaustraliagov.au/types-practice-incentives-program-payments?context=23046.
［43］甘勇，杨婷婷，杨宇迪，等．国内外全科医生职业吸引力研究进展［J］．中国全科医学，2019，22（28）：3490-3494，3500. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.333.
［44］申鑫，冯晶，甘勇，等．提升全科医生职业吸引力的SWOT分析［J］．中国全科医学，2021，24（22）：2765-2769. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.152.
［45］代涛，黄菊，马晓静．国际全科医生制度发展历程：影响因素分析及政策启示［J］．中国卫生政策研究，2015，8（2）：1-7. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2015.02.001.
［46］陈新月，尤莉莉，王焕倩，等．基层医疗卫生机构基本公共卫生服务从业人员工作满意度及影响因素研究［J］．中国全科医学，2021，24（28）：3597-3601. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.285.

（收稿日期：2023-12-01；修回日期：2023-12-11）
（本文编辑：王世越）